

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll uns dabei helfen, ein umfassendes Bild von Ihnen und Ihrer Lebensgeschichte zu erhalten. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig und leserlich aus. Außerdem ist uns wichtig, dass Sie den Fragebogen selbständig ausfüllen. Nach Erhalt und Auswertung, setzen wir uns umgehend telefonisch mit Ihnen in Verbindung.

Dieser Bogen wird vertraulich behandelt und unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Datum:

Persönliche Angaben:

Name/ Vorname:

männlich weiblich divers

Geburtsdatum:

Gewicht: Kg Größe: cm

Adresse:

.....

Telefon

E-Mail

Derzeitige Wohnsituation (z.B. alleine, mit Partner, bei Eltern, WG):

Schulbildung:

höchster Schulabschluss:

erlernter Beruf oder Studium:

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: seit(Jahr)

Aufgrund welcher sozialen oder seelischen Belastungsfaktoren möchten Sie sich auf der B-Station behandeln lassen. Bitte nennen Sie die wichtigsten Belastungen zuerst.

Wurde bei Ihnen bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert? wenn ja, welche und seit wann?

Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden und/ oder behandlungsbedürftigen Erkrankungen? Wenn ja, welche, seit wann und wurden diese bereits diagnostisch abgeklärt?

Was hat Sie dazu bewegt, genau jetzt unser Hilfe aufzusuchen?

Welche Ziele möchte Sie durch die stationäre Behandlung auf der B-Station erreichen? Was soll sich verbessern?

Haben Sie sich selbst schon einmal bewusst Verletzungen zugefügt? Wenn ja, wann zuletzt und auf welche Art?

.....
.....
.....

Haben Sie Suizidversuche unternommen? Falls ja, wann und auf welche Art?

.....
.....
.....

Gab es besonders einschneidende Belastungen, Ereignisse, Verluste o.ä. in Ihrem Leben?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sind oder waren Sie bereits in ambulanter Psychotherapie? Nein Ja

Falls ja: geben Sie bitte Name und Anschrift der Therapeutin/ des Therapeuten an sowie die Therapierichtung (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie oder sonstige) und seit wann.

.....
.....
.....
.....

Falls nein: Beschreiben Sie bitte kurz warum

.....
.....
.....
.....

Sind Sie derzeit in stationärer Behandlung? Nein Ja

Falls ja: Klinik:

Station: seit:

psychiatrische und Psychotherapeutische Vorbehandlungen (ambulant und/ oder stationär)

Wann?	Wo?	Anlass?

Symptomscreening

	nicht relevant	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
Anspannung / Selbstverletzungsdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängste und Panikattacke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trauma / PTBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zwangsgedanken /-handlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADHD / ADS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotionsregulationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialer Rückzug / Gedrückte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somatische Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufliche Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beschreiben Sie bitte in einigen Stichworten Ihre Kindheit

Wer war die wichtigste Person in Ihrer Kindheit und warum?

Welche körperlichen oder seelischen Krankheiten (auch Suchterkrankungen, Suizidfälle oder Psychosen) gab bzw. gibt es in Ihrer Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister, Großeltern)?

Leben Sie in einer festen Partnerschaft? Falls ja, seit wann?

Haben Sie Kinder? Nein Ja

Alter und Geschlecht:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche, seit wann und wie oft?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie viel Mengen Alkohol nehmen Sie durchschnittlich am Tag oder wöchentlich zu sich?

.....
.....

Konsumieren Sie Cannabis? Wie oft und wann zuletzt?

.....
.....

**Konsumieren oder konsumierten Sie illegale Drogen?
Falls Ja, welche Drogen, seit wann und wie häufig?**

.....
.....

Wann haben Sie zuletzt konsumiert?

Hinweis zur Behandlung:

Bitte beachten Sie, dass eine stationäre Behandlung in unserer Klinik nur bei Abstinenz von illegalen Drogen erfolgen kann. Sollte während des Aufenthalts oder vor der Aufnahme ein Drogenkonsum festgestellt werden, kann dies zu einer Ablehnung oder einem Abbruch der Behandlung führen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass dies aus medizinischen und therapeutischen Gründen erforderlich ist.

In Bezug auf den Konsum von Cannabis weisen wir darauf hin, dass eine Abstinenz von mindestens 6 Wochen einzuhalten ist. Sollten Sie bei Ihrer Aufnahme einen Wert von 300 ng/ml im Drogenscreening überschreiten, führt auch dies zu einer Ablehnung der Behandlung.

Gibt es Besonderheiten oder Einschränkungen, die es Ihnen erschweren könnten, an Gruppentherapien teilzunehmen?

.....
.....
.....
.....
.....

Bestehen aktuell laufende gerichtliche Verfahren gegen Sie oder ist in naher Zukunft mit solchen zu rechnen? Wenn Ja, beschreiben Sie bitte kurz um was es sich handelt.

.....
.....
.....
.....
.....

Welche berufliche und persönliche Entwicklung streben Sie in den kommenden 5 Jahren an?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Bitte schicken Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen per Post oder als E-Mail an uns zurück.
Für Fragen rufen Sie uns gern unter 09158-926-4750 an.**

Frankenalb-Klinik Engelthal
B-Station
Reschenbergstr. 20
91238 Engelthal

Pflegedienst.b-station@bezirkskliniken-mfr.de

Vielen Dank!